

第1号様式（第5条関係）

須賀川市人工透析患者通院交通費助成金受給資格認定申請書

年 月 日

須賀川市長

申請者 住 所
氏 名
電話番号

印

下記のとおり認定を受けたいので、申請します。

住 所							
氏 名		男・女	生年 月日	年 月 日			
通 院 す る 医 療 機 関		医療機関名					
		通院回数	別紙「通院証明書」のとおり				
交通手段 ※	順路	交通機関	区 間 (経 路)			通院交通費(片道)	
	1	列車・自家用車 バス・タクシー	～			円	
	2	列車・自家用車 バス・タクシー	～			円	
	3	列車・自家用車 バス・タクシー	～			円	
1往復当たりの 通院交通費		(1 + 2 + 3) × 2				円	
助成金振込口座		銀行・金庫・組合	本店・支店	当・普	口 座 番 号		
口座名義人 (カナ)							
◎交通手段がタクシーである場合には、その理由について下記に記入してください。							

※ 交通手段は、往復とも同じ交通機関を利用し、自宅と医療機関の間は同じ距離とみなします。

※ 電車とバスは、乗り継ぎを認めます。

上記の申請について、認定（却下）してよろしいか伺います。

課長	課長補佐	係 長	係 員	公 印	起 案	年 月 日
					決 裁	年 月 日
					施 行	年 月 日